

# DECLARACIÓN AMISTOSA DE ACCIDENTE

**1 Fecha del Accidente** Hora ..... **2 Localización** Lugar ..... País ..... **3 Víctima(s) incluso leve(s)** no  si

**4 Daños materiales**  
Vehículos distintos de A y B  objetos distintos al vehículo   
no  si  no  si

**5 Testigos: nombre, dirección, tel.** .....

## Vehículo A

**6 Asegurado** (véase póliza de seguro)  
NOMBRE: .....  
Apellidos: .....  
Dirección: .....  
Código Postal: ..... País: .....  
Tel. o E-mail: .....

**7 Vehículo**

VEHÍCULO A MOTOR	REMOLQUE
Marca, modelo .....	
Matrícula (o bastidor) .....	Matrícula (o bastidor) .....
País de matrícula .....	País de matrícula .....

**8 Aseguradora** (véase póliza de seguro)  
NOMBRE: .....  
N.º de póliza: .....  
N.º de Carta Verde: .....  
Certificado:  
o Carta Verde válida desde ..... hasta .....  
Agencia (oficina o corredor): .....  
Nombre: .....  
Dirección: .....  
País: .....  
Tel. o E-mail: .....  
¿Los daños propios del vehículo están asegurados?  
no  si

**9 Conductor** (ver permiso de conducir)  
NOMBRE: .....  
Apellidos: .....  
Fecha de nacimiento: .....  
Dirección: .....  
País: .....  
Tel. o E-mail: .....  
Permiso de conducir n.º: .....  
Categoría (A, B, .....): .....  
Permiso válido hasta: .....

**10 Indicar el punto de choque inicial con la flecha** →

**11 Daños apreciados al vehículo A**  
.....  
.....  
.....

**14 Observaciones**  
.....  
.....

## 12. CIRCUNSTANCIAS

↓ **Poner un aspa (x) en cada casilla que proceda para precisar el croquis** ↓

*\*tachar las circunstancias no válidas*

1 \*Estaba estacionado/parado  1

2 \*Salía de un estacionamiento/abriendo puerta  2

3 Iba a estacionar  3

4 Salía de un aparcamiento, de un lugar privado, de un camino de tierra  4

5 Entrada a un aparcamiento, a un lugar privado, a un camino de tierra  5

6 Entrada a una plaza de sentido giratorio  6

7 Circulaba por una plaza de sentido giratorio  7

8 Colisionó en la parte de atrás al otro vehículo que circulaba en el mismo sentido y en el mismo carril  8

9 Circulaba en el mismo sentido y en carril diferente  9

10 Cambiaba de carril  10

11 Adelantaba  11

12 Giraba a la derecha  12

13 Giraba a la izquierda  13

14 Daba marcha atrás  14

15 Invadía la parte reservada a la circulación en sentido inverso  15

16 Venía de la derecha (en un cruce)  16

17 No respetó la señal de preferencia o semáforo en rojo  17

← **Indicar número de casillas marcadas** →

**La firma de ambos conductores es obligatoria**  
No implica reconocimiento de responsabilidad, pero una correcta consignación de todos los datos facilita la tramitación.

**13 Croquis del Accidente (en el momento de la colisión)** 13

**15 Firma de los conductores** 15

## Vehículo B

**6 Asegurado** (véase póliza de seguro)  
NOMBRE: .....  
Apellidos: .....  
Dirección: .....  
Código Postal: ..... País: .....  
Tel. o E-mail: .....

**7 Vehículo**

VEHÍCULO A MOTOR	REMOLQUE
Marca, modelo .....	
Matrícula (o bastidor) .....	Matrícula (o bastidor) .....
País de matrícula .....	País de matrícula .....

**8 Aseguradora** (véase póliza de seguro)  
NOMBRE: .....  
N.º de póliza: .....  
N.º de Carta Verde: .....  
Certificado:  
o Carta Verde válida desde ..... hasta .....  
Agencia (oficina o corredor): .....  
Nombre: .....  
Dirección: .....  
País: .....  
Tel. o E-mail: .....  
¿Los daños propios del vehículo están asegurados?  
no  si

**9 Conductor** (ver permiso de conducir)  
NOMBRE: .....  
Apellidos: .....  
Fecha de nacimiento: .....  
Dirección: .....  
País: .....  
Tel. o E-mail: .....  
Permiso de conducir n.º: .....  
Categoría (A, B, .....): .....  
Permiso válido hasta: .....

**10 Indicar el punto de choque inicial con la flecha** →

**11 Daños apreciados al vehículo B**  
.....  
.....  
.....

**14 Observaciones**  
.....  
.....

Los datos personales suministrados serán objeto de tratamiento y se utilizarán por las respectivas entidades aseguradoras con la exclusiva finalidad de tramitar la reclamación que pueda tener lugar como consecuencia del siniestro que motivó la Declaración, ante la cual, de conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, pueden ejercitar los derechos de acceso, rectificación y cancelación.

**declaración:** a cumplimentar por el Asegurado. Presentar a la Entidad Aseguradora dentro de los 7 días siguientes a la ocurrencia del accidente.



Tiene póliza de ocupantes SI  NO

Espacio reservado para la Entidad Aseguradora

**16. NOMBRE DEL ASEGURADO:** .....

**17. DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE:** .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**18. INTERVENCIÓN DE AUTORIDADES:** SI  NO   
POLICÍA QUE HA INTERVENIDO .....

**20. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHÍCULO ASEGURADO:**  
NOMBRE .....  
APELLIDOS .....  
EDAD ..... SEXO ..... ESTADO CIVIL .....  
PROFESIÓN ..... TFNO. ....  
ANTIGÜEDAD CARNET: INFERIOR A 2 AÑOS SI  NO   
EL CONDUCTOR ES HABITUAL SI  NO   
ES DEPENDIENTE / ASALARIADO DEL ASEGURADO SI  NO   
PARENTESCO O RELACIÓN CON EL ASEGURADO .....

**19. DATOS DEL VEHÍCULO ASEGURADO:**  
TIPO ..... USO ..... COLOR .....  
MERCANCÍA: PROPIA  O DE TERCEROS   
LUGAR HABITUAL DE GARAJE: .....

**21. PERITACIÓN:**  
VEHÍCULO ASEGURADO: Color ..... Taller en que será reparado .....  
VEHICULO CONTRARIO: Color ..... Taller en que será reparado .....  
OTROS DATOS: .....

**22. OTROS VEHÍCULOS INTERVINIENTES:** (Además del A y B)

	VEHÍCULO C	VEHÍCULO D
NOMBRE .....	.....	.....
APELLIDOS .....	.....	.....
MARCA .....	.....	.....
MODELO .....	.....	.....
MATRÍCULA .....	.....	.....
ASEGURADORA .....	.....	.....
N.º DE PÓLIZA .....	.....	.....
DAÑOS VISIBLES .....	.....	.....

**23. DAÑOS A LAS COSAS Y ANIMALES:** .....

**24. DAÑOS A LAS PERSONAS. VÍCTIMAS:** (Si existen más de dos víctimas utilizar otra declaración)

NOMBRE .....	.....	.....
APELLIDOS .....	.....	.....
DIRECCIÓN .....	.....	.....
EDAD Y ESTADO CIVIL .....	EDAD <input type="checkbox"/> ESTADO CIVIL .....	EDAD <input type="checkbox"/> ESTADO CIVIL .....
PROFESIÓN Y SEXO .....	PROFESIÓN ..... SEXO .....	PROFESIÓN ..... SEXO .....
PARENTESCO CON EL CONDUCTOR .....	.....	.....
PARENTESCO CON EL ASEGURADO .....	.....	.....
ASALARIADO DEL ASEGURADO .....	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
CONDICIÓN DE LA VICTIMA .....	{ PEATÓN <input type="checkbox"/> CONDUCTOR DEL VEHÍCULO <input type="checkbox"/> A B C D OCUPANTE DEL VEHÍCULO <input type="checkbox"/> A B C D	{ PEATÓN <input type="checkbox"/> CONDUCTOR DEL VEHÍCULO <input type="checkbox"/> A B C D OCUPANTE DEL VEHÍCULO <input type="checkbox"/> A B C D
DESCRIPCIÓN DE LAS LESIONES .....	.....	.....
CENTRO ASISTENCIAL .....	.....	.....

En ..... a ..... de ..... de .....  
FIRMA DEL ASEGURADO

(En caso de no firmar el asegurado, indicar los motivos y quién lo hace en su nombre).

**25. OBSERVACIONES:** .....

.....  
.....  
.....  
.....